UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1946-1947

N° 128

L'Epithélioma de la lèvre
Complication du Lupus Erythémateux

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Lundi 21 Juillet 1947

PAR

Jean CHANNAROND

Externe des Hôpitaux

Diplômé de Médecine du Travail

Né à La Rochelle (Ch^te^-M^me^), le 8 septembre 1920

Examinateurs de la Thèse

MM. JOULIA, professeur..... *Président.*

CREYX, professeur.....

DE GRAILLY, professeur } *Juges.*

LE COULANT, agrégé .

BORDEAUX

IMPRIMERIE DELBREL, 20 RUE CONDILLAC

1947

L'ÉPITHÉLIOMA DE LA LÈVRE
COMPLICATION DU LUPUS ÉRYTHÉMATEUX

TRAVAIL DE LA CLINIQUE DERMATOLOGIQUE DE BORDEAUX

(Professeur JOULIA)

P L A N

INTRODUCTION

HISTORIQUE

CHAPITRE PREMIER

LUPUS ÉRYTHÉMATEUX DE LA LÈVRE

RAPPEL CLINIQUE
ANATOMO-PATHOLOGIQUE
DIAGNOSTIQUE

CHAPITRE II

L'ÉPITHÉLIOMA DE LA LÈVRE SUR LUPUS ÉRYTHÉMATEUX

OBSERVATIONS

DISCUSSION DES OBSERVATIONS

ANATOMO-PATHOLOGIQUE
ETIOLOGIQUE
DIAGNOSTIQUE
THERAPEUTIQUE

CHAPITRE III

CONCLUSIONS

BIBLIOGRAPHIE

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1946-1947

N° 128

L'Epithélioma de la lèvre
Complication du Lupus Erythémateux

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement le Lundi 21 Juillet 1947

PAR

Jean CHANNAROND

Externe des Hôpitaux
Diplômé de Médecine du Travail
Né à La Rochelle (Ch^te^-M^me^), le 8 septembre 1920

Examinateurs de la Thèse

MM. JOULIA, professeur..... *Président.*
CREYX, professeur..... *Juges.*
DE GRAILLY, professeur *Juges.*
LE COULANT, agrégé . *Juges.*

BORDEAUX
IMPRIMERIE DELBREL, 20 RUE CONDILLAC

1947

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen ..... M. DUPÉRIÉ.
Assesseur ..... M. LABAT.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PERÉ.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	DUPÉRIÉ.
id.	CREYX.
Clinique chirurgicale et gynécologique	PAPIN.
Clinique chirurgicale	CHARRIER.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.
Hygiène	PIÉCHAUD.
Médecine légale et déontologie	DERVILLÉE.
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	N.
Chimie	CHELLE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	VITTE.
Physiologie	FABRE.
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS.

	MM.
Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LOUBAT.
Clinique des maladies infectieuses	DAMADE.
Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT.
Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA.
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET.
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	N.
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.

MM. PERRENS (Maladies mentales), FAUGÈRE (Obstétrique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Anatomie	DUFOUR.
Histologie	N.
Physiologie	N.
Médecine générale	BROUSTET.
id.	SARIC.
id.	DUBARRY.
id.	J.-F. TRAISSAC.
id.	N.
id.	N.
Chirurgie générale	N.
id.	MASSÉ.
id.	MAGENDIE.
id.	POUYANNE.
id.	LAUMONIER.

	MM.
Obstétrique	N.
id.	MAHON.
Ophtalmologie	BESSIÈRES.
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT.
Chimie médicale	TAYEAU.
Physique médicale	REBOUL.
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	CASTAGNOU.
Histoire naturelle pharmaceutique	GIRARD.
Pharmacie	MESNARD.
id.	N.
Histoire naturelle médicale et parasitologie	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	MASSÉ.
Accouchements	FAUGÈRE.
Puériculture	PERY.
Zoologie et parasitologie	N.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
Ophtalmologie	N.
Anatomie	RIGAUD.
Chimie générale	CASTAGNOU.
Botanique	GIRARD.

	MM.
Cryptogamie	GIRARD.
Pharmacie galénique	MESNARD.
Bactériologie	MOUREAU.
Physiologie	Mlle ROUGIER.
Chimie biologique	TAYEAU.
Parasitologie, biologie appliquée	PAUTRIZEL.
Pathologie chirurgicale	VILLAR.
id.	N.
Electro-radiologie	CAILLON.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MES GRANDS-PARENTS PATERNELS

A MON BEAU-PERE

In Memoriam

A MES GRANDS-PARENTS MATERNELS

A MA MERE. — A MON PERE

En témoignage de ma grande affection
et de ma profonde reconnaissance.

A MA FEMME

Que ce modeste travail soit un gage de l'amour que je lui porte.

A MA SŒUR

A MA BELLE-MERE

A MES ONCLES ET TANTES

A MES AMIS

Pierre LEMAN
Interne des Hopitaux

Liés par une amitié forgée pendant les longues heures de travail côte à côte. Que cet ouvrage te rappelle mon indéfectible amitié.

André BONNEAU
Pharmacien

En souvenir de notre vieille amitié.

Jean MESNAGE
Externe des Hopitaux

Docteur André GAUSSEN
Chirurgien résidant de l'Hopital Saint-André

Docteur TINGAUD
Chirurgien des Hopitaux

A TOUS MES CAMARADES

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
ET DES HOPITAUX DE BORDEAUX

A Monsieur le Professeur agrégé LE COULANT

Qu'il nous soit permis, mon cher Maître, de vous remercier ici de la peine que vous vous êtes donnée et de l'aide efficace que *vous nous avez apportée dans cet ouvrage*
Qu'il soit un faible témoignage de notre profonde gratitude pour la bienveillante attention que vous nous avez accordée au cours de notre stage hospitalier.

A MES JUGES

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur JOULIA

Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques

Officier d'Académie

Mon cher Maître, votre enseignement clinique a été et restera pour nous d'un précieux secours. Nous avons appris à votre contact les vertus maîtresses de notre *art: la patience, la bonté, la persévérance.* Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant la présidence de notre jury de thèse.

INTRODUCTION

La localisation du lupus érythémateux sur la muqueuse labiale considérée comme fréquente actuellement (il suffit d'y penser et de la rechercher), coexiste habituellement avec d'autres lésions éryméthateuses cutanées qui en permettent facilement le diagnostic. La transformation néoplasique de cette lésion, plus habituelle sur le rebord incarnat est d'une fréquence relative sur la lèvre inférieure.

A l'occasion de deux observations qu'il nous a été possible de suivre, dans le service de la clinique dermatologique, nous avons eu la curiosité de rechercher sa fréquence dans la littérature française et étrangère.

Cette complication mérite d'autant plus d'attention qu'elle évolue sans qu'aucune thérapeutique locale irritante ait été effectuée sur la lésion originelle. On pose la question encore pendante de l'étiologie des épithéliomas du rebord incarnat de la lèvre qu'on voit plus habituellement succéder à une leucoplasie, lésion fréquente chez les anciens syphilitiques gros fumeurs.

Il semble qu'il faille donc considérer le lupus érythémateux du rebord incarnat comme une source de cancer au même titre que la leucoplasie.

HISTORIQUE

Avant de connaître l'épithélioma de la lèvre en tant que complication du lupus érythémateux des muqueuses, il fallait savoir que cette affection était susceptible de les envahir.

Ce n'est qu'en 1861 dans la leçon sur la scrofule de Bazin que l'on notait cette possibilité. Cet auteur avait remarqué l'extension du lupus érythémateux sur le bord incarnat des lèvres. Heureuse éventualité d'une localisation visible, on ne songeait pas encore à explorer systématiqueement la muqueuse buccale chez les érythémato-lupiques.

Une multitude de travaux firent suite à cette découverte; en ce qui concerne la localisation sur la lèvre inférieure, on note :

- Duhring, dans le *Philadelphia medical Times,* 2 juin 1875, mentionne le lupus érythémateux de la muqueuse de la lèvre;

— Ziernsen écrit en 1885 : « Le lupus érythémateux a été observé sur les lèvres, les paupières, le palais dur, et les joues; les lèvres, quand elles sont affectées, sont striées, sèches, et sont couvertes d'écailles excessivement fines ressemblant aux grains de sable »;

Brocq, en 1880, dans son *Traité des maladies de la peau,* se demande si l'érythème centrifuge typique s'observe sur les muqueuses. Il croit qu'il peut envahir les lèvres. Néanmoins, la plupart des faits de lupus érythémateux des lèvres et surtout des muqueuses qu'il a vus lui ont paru devoir être rapporté à ce qu'il désigne sous le nom de « lupus érythémateux fixes ». Il s'observerait rarement sur les muqueuses proprement dites, mais envahirait assez

souvent les lèvres, où il empièterait parfois sur leur face muqueuse;

— Gaucher, en 1893, dans son *Traité des maladies de la peau,* mentionne la localisation du lupus érythémateux sur la muqueuse buccale, soit à l'état isolé, soit par propagation d'un lupus des lèvres;

— Marcel Sée, le 12 octobre 1895, dans la *Gazette des Hôpitaux,* écrit : « Le lupus érythémateux des muqueuses est aussi un lupus fixe. Il y apparaît rarement en premier, presque toujours il s'y développe par extension d'un lupus de la face; son siège ordinaire est aux lèvres, puis à la face interne des joues, enfin à la voûte palatine;

— Dubreuilh, dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* (1901, p. 231), avait constaté la fréquence de cette localisation et considéré que la soi-disant rareté de cette affection sur la muqueuse labiale venait du seul fait qu'on n'explorait pas systématiquement la muqueuse buccale des érythémato-lupiques.

Dans son *Précis de dermatologie,* il conclut : « Le lupus érythémateux des muqueuses est assez fréquent sur le bord libre des lèvres où il forme des plaques arrondies, violacées, avec des marbrures blanchâtres au centre »;

— Pautrier et Fage, en 1909, dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* (1901, p. 673) font une étude anatomo-pathologique du lupus érythémateux qui était pour ainsi dire inexistante jusqu'à ce jour.

A partir de ce moment-là les lésions muqueuses étaient recherchées de parti pris par les dermatologistes et de nombreuses publications s'ensuivirent. La découverte de ces lésions muqueuses devait en entraîner une autre : la possibilité de dégénérescence maligne. Un nouveau chapitre de pathologie venait de s'ouvrir et Tischnenko, en 1932, dans son article « Contributions à l'étude de la pathogénie du carcinome d'origine érythémato-lupique », collectionne les cas épars de transformations néoplasiques de cette affection. Cet auteur en cite 90 cas. Sur les 4 cas personnels,

apportés par Tischnenko, nous ne relevons qu'un seul cas de localisation à la lèvre, les autres intéressant d'autres parties cutanées de la peau (joues et nez);

— Mlle Ullmo, en 1932, dans un travail intitulé *Epithélioma spino-cellulaire récidivant de la lèvre inférieure sur lupus érythémateux* (*Bulletin de la Société française de dermatologie,* 1932, p. 1512), soulignait la place que l'on devait réserver à cette affection. Elle soulevait en même temps un problème d'importance capitale, le caractère primitif des épithéliomas spino-cellulaires qui, pour beaucoup d'auteurs, étaient consécutifs aux traitements par les rayons;

— Graham Little, Fush, Rielh junior, P. Le Coulant, fournissaient à la littérature des cas personnels que nous reverrons ultérieurement.

Après un rappel clinique rapide du lupus érythémateux de la lèvre, nous envisagerons, avec quelques détails, la dégénérescence néo-plasique de cette affection.

CHAPITRE PREMIER

LUPUS ÉRYTHÉMATEUX DE LA LÈVRE

ETUDE CLINIQUE

Le début passe souvent inaperçu. Il peut être :

— soit isolé (Capelle, dans sa thèse, a pu noter neuf fois un lupus érythémateux primitif des muqueuses et, dans cinq cas, ce lupus reste localisé) ;

— soit concomitant à un lupus érythémateux du visage.

La localisation de beaucoup la plus fréquente est sur la muqueuse des lèvres. La lèvre inférieure est le plus fréquemment touchée. Il peut uniquement rester localisé à cet endroit, mais parfois déborder sur la peau. A cette lésion, pourront s'associer d'autres lésions sur la face interne des joues, le voile du palais, la langue (excessivement rare, Kenzo Iwashita, en 1933, en a publié un cas en coïncidence avec les lésions des lèvres).

— Dans ses formes superficielles, le lupus érythémateux de la lèvre ressemble à une pellicule de collodion desséché, la dermo-muqueuse a perdu son aspect lisse et brillant. Elle est terne, d'aspect desséché; d'un rose grisâtre, parfois pointillée de blanc; elle a perdu sa souplesse et donne une impression légèrement papyracée au toucher mais la lésion est encore tout en surface.

— Dans les cas les plus anciens, on peut voir soit une seule lésion médiane, soit deux ou trois plaques échelonnées sur l'étendue de la lèvre. Elles sont donc plutôt ovalaires mais parfois irrégulières, vaguement triangulaires; elles

sont légèrement déprimées et présentent donc un fond et une bordure. La muqueuse du fond paraît atrophique. Elle est rouge foncé, violacée, piquetée de points ou de vagues stries blanchâtres, le bord est formé par un liseré nacré frangé et comme constitué par de petites arborisations. Parfois ce bord surplombe un peu à pic le centre et descend au contraire en pentes douces vers la périphérie. En bordure, on peut retrouver de nombreux petits vaisseaux dilatés.

— Dans les cas les plus anciens ou plus aigus, la lèvre peut être œdémateuse, un peu tuméfiée, infiltrée, rouge. Elle présente des squames adhérentes et des crevasses, si l'on essaye de détacher les squames on provoque des érosions saignotantes, quelquefois on note des érosions ou des exulcérations spontanées.

ETUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Les lésions histologiques du lupus érythémateux des muqueuses sont actuellement classiques. Nous les résumerons brièvement.

Plusieurs facteurs concourent à la formation de la lésion du lupus érythémateux. La kératinisation des muqueuses est, en général, intense. Au niveau du corps de Malpighi, on note un mélange d'hyperacanthose et d'atrophie. Un infiltrat dermique parfois discret, parfois très intense. Des lésions vasculaires.

La kératinisation de la muqueuse est le phénomène épidermique prédominant. Elle aboutit à la formation d'une véritable couche cornée qui peut atteindre une épaisseur importante. Cette couche cornée peut présenter des lésions de parakératose avec conservation des noyaux en bâtonnets. Elle est, en général, adhérente au corps muqueux par sa face profonde. Elle n'a tendance à l'exfoliation que dans ses strates superficiels. Il est rare qu'elle

s'étende en ligne droite. Elle est, en général, festonnée et peut même former de véritables cônes qui s'enfoncent dans les dépressions sous-jacentes du corps muqueux.

La couche granuleuse peut affecter la même disposition et former, elle aussi, des cônes qui emboîtent le bouchon corné central, et déprimer le corps de Malpighi. Son épaisseur est donc variable et va de huit à dix assises cellulaires sur les points les plus épais. Elle peut manquer totalement par place.

Le corps muqueux peut présenter tantôt de l'hyperacanthose, tantôt une tendance à l'atrophie, tantôt un mélange de ces deux processus. Dans le premier cas, il végète profondément, dessine de grandes papilles et envoie loin dans le derme de volumineux bourgeons inter-papillaires, larges et épais. Dans le deuxième cas, il s'amincit sensiblement, ne forme plus ni papilles ni prolongement inter-papillaire et s'unit avec le derme suivant une ligne presque droite.

Il peut présenter dans ses couches superficielles des altérations importantes. Le protoplasma cellulaire devient clair et acidophile. Les limites inter-cellulaires disparaissent, les noyaux s'allongent en bâtonnets, ou se ratatinent et s'entourent d'une petite vacuole rappelant l'altération cavitaire de Leloir.

La couche germinative est, en général saine. Elle peut être dissociée par un afflux de leucocytes en exocytose.

L'infiltration est le phénomène dermique le plus constant. Elle occupe toujours le corps capillaire et le derme superficiel. Elle est tantôt discrète, assez disséminée, tantôt elle est étalée en arc presque uniforme, paraissant constituée par la fusion de gros nodules arrondis. Les éléments cellulaires sont alors tassés les uns contre les autres.

Les vaisseaux sont altérés, leur endothélium est tuméfié, leur lumière est dilatée; ils sont gorgés de globules rouges, parfois il y a néo-formation vasculaire appréciable.

Le tissu conjonctif et l'élastine paraissent peu altérés On voit le parallélisme étroit qui existe entre les lésions de lupus érythémateux cutané et muqueux.

ETUDE DIAGNOSTIQUE

Le lupus érythémateux de la lèvre est une affection très polymorphe dont le diagnostic n'est pas toujours aisé. Il devient encore bien plus difficile lorsque l'affection est uniquement et primitivement localisée sur la muqueuse. Il est, par contre, plus facile quand il y a coexistence de placards typiques sur la surface cutanée.

Les principaux éléments sur lesquels on peut se baser sont : la coloration rouge grisâtre des plaques, leur large relief, la démarcation nette de leur bord par un liseré blanc opalin, la dépression cicatricielle de leur centre, l'infiltration dermique.

On pourrait confondre cette affection avec :

Le LUPUS VULGAIRE DES MUQUEUSES. — Il peut présenter le même aspect. Il apparaît sous forme de petites proéminences dures du volume d'un grain de millet, rouge bleuâtre, recouvertes d'un épithélium grisâtre ou ulcéré. Peu à peu, elles se réunissent et forment des placards de formes variables, à contours plus ou moins circulaires ou serpigineux, irréguliers, dont les bords sont plus ou moins nettement limités et dont la surface de couleur blanc grisâtre sale, est constituée par des dépôts à granulation fine. Ils présentent souvent des érosions et excoriations douloureuses dont le fond mou et fongueux est jaune rougeâtre, revêtu par une sorte d'enduit diphtéroïde et pultacé. Il peut évoluer avec un processus ulcéreux et cicatriciel à marche très lente.

Mais le lupus vulgaire des muqueuses débute souvent dans l'enfance tandis que le lupus érythémateux des muqueuses est une maladie de l'âge adulte; le premier, au

début, est souvent plus indolent que le second. Il présente une infiltration dermique plus accusée. Les bords sont plus difficilement limitables et on n'y remarque pas le liseré blanchâtre opalin si caractéristique du lupus érythémateux des muqueuses. Ce dernier s'ulcère rarement. Quand ces ulcérations existent, elles sont superficielles, à fond dur, et ne donnent lieu à aucun écoulement sanguin. Dans le lupus vulgaire, il existe des nodules lupiques à consistance gélatiniforme absentes dans le lupus érythémateux. Son extension est moins longue et plus irrégulière.

— Le LICHEN PLAN : la lésion élémentaire en est une papule épidermique de consistance ferme, à limites nettes; en pans coupés d'un blanc plus ou moins éclatant.

Au niveau des lèvres, il aparaît sous forme de stries étoilées sous forme d'arborescence en feuille de fougère.

Le lichen plan érosif : sur les placards, au niveau desquels le malade peut accuser une sensation de cuisson, en essuyant bien la lésion, on observe alors de petites érosions à bords arrondis, à fond rose pâle légèrement humides qui seraient la conséquence d'un stade vésiculeux passé inaperçu; l'évolution est très lente, la maladie est tenace et a tendance à récidiver;

Les CHEILITES MUQUEUSES ont une traduction clinique simple : sous la forme aiguë, elles se manifestent par de la rougeur, de l'œdème et des croûtes. Sous la forme chronique, ce sont des érythèmes avec squames et fissures douloureuses.

A cette symptomatologie simple, s'oppose, comme toujours en matière de stomatite, une étiologie complexe. L'infection est le plus souvent streptococcique ou staphylococcique, mais elle est déclanchée non seulement par toutes les causes locales et générales des autres stomatites, mais encore par des causes particulières, à savoir : des causes chimiques représentées par le rouge à lèvres, les dentifrices, le tabac (la cheilite du rouge à lèvres décrite par

Audry, véritable dermite artificielle, a été attribuée à la matière colorante [éosine ou excipient]), des causes physiques représentées notamment par le froid et les rayons solaires (cheilite solaire, Gougerot, 1936), des causes mécaniques dues aux dents;

— La CHEILITE ECZEMATIQUE : caractérisée par sa vésiculation et son œdème;

— La DESQUAMATION PERSISTANTE DE BROCQ : affectant les adolescents et d'origine séborrhéique probable;

— Les CHEILITES GLANDULAIRES : dans les stomatites érythémateuses, seule la maladie de Puente, qui affecte la lèvre inférieure, se marque au début par quelques taches rouges et déprimées de la taille d'une tête d'épingle.

— Nous passons sous silence volontaire la localisation psoriasique des lèvres dont l'existence est encore très controversée; de toutes façons ces lésions coexistent habituellement avec d'autres localisations de cette affection.

En résumé, on devra, devant toutes les lésions de la lèvre évoquant le lupus érythémateux, penser systématiquement à cette affection, et on ne la rejettera qu'après un examen histologique minutieux.

CHAPITRE II

L'ÉPITHÉLIOMA DE LA LÈVRE SUR LUPUS ÉRYTHÉMATEUX

ETUDE CLINIQUE. — Si les cas de cancers cutanés ou muqueux sur cicatrices de lupus tuberculeux sont fréquents, la transformation néo-plasique des lésions de lupus érythémateux est plutôt une rareté.

Cette dégénérescence maligne survient en général de nombreuses années après le début de l'affection. La plupart des auteurs ont insisté sur le rôle traumatisant des applications locales d'acide pyrogallique ou le traitement radiothérapique. Toute irritation cutanée peut être, en effet, à l'origine d'une néo-plasie et plus particulièrement la radiothérapie. Cette étiologie est parfaitement classique, et nous nous garderons d'insister davantage sur cette cause habituelle de néo-plasie. Par contre, dans tous les cas d'épithélioma de la lèvre que nous avons pu grouper dans ce travail, aucun d'entre eux n'a subi un des traitements précités. Il semble que, dans les cas rélatés, l'évolution s'est produite sensiblement de la même manière.

Sur des lésions érythémato-lupiques de la lèvre, survenues 4, 8 ans auparavant, la muqueuse devient brusquement rouge sombre, se surélève, prend un aspect mamelonné. A la surface d'un mamelon, l'ulcération se produit, plus ou moins irrégulière, creuse, reposant sur une tumeur hypodermique, qui dépasse les limites de l'ulcération. Il suinte une sérosité qui se prend en croûte épaisse adhérente et qui, gênant le malade, est vite arrachée par ce dernier. Les

croûtes réapparaissent bientôt et la lésion a tendance à s'étendre à la muqueuse voisine. Cette ulcération, creusée au milieu de la tuméfaction, saigne et devient vite douloureuse. Presque constamment cette dégénérescence s'accompagne d'une adénopathie sous-maxillaire inférieure; un ganglion gros comme une noisette, indolore, non adhérent, roulant sous le doigt fait son apparition.

OBSERVATIONS

Observation n° 1

(De Beurmann et Guy Laroche, *Société de dermatologie et de syphiligraphie*, p. 225, 1909) :

Mme Vve U..., âgée de 75 ans, vient pour la première fois à notre polyclinique Saint-Louis, le 20 avril 1909. On note dans ses antécédents une tuberculose ostéo-articulaire de l'épaule. En 1908, apparition d'un lupus érythémateux des joues, du nez, du front, du menton et de la main. L'examen des muqueuses a montré l'existence d'un lupus érythémateux disséminé de la muqueuse buccale. Sur la lèvre inférieure, à gauche de la ligne médiane, existe une ulcération douloureuse à bords durs, d'une dimension d'une pièce de 20 centimes, recouverte d'une croûte. Elle saigne facilement et présente tous les caractères d'un épithélioma au début. Cette lésion n'a fait son apparition, dit la malade, qu'il y a deux mois.

Observation n° 2

(Pautrier et Fage, *Annales de dermatologie*, 1909, p. 768) :

C..., 47 ans, cocher, a un lupus érythémateux fixe de la face et du cuir chevelu datant de 1898. C'est très vraisemblablement un ancien syphilitique — à noter sur la lèvre inférieure une ulcération à bords légèrement surélevés et durs, entourée d'un liseré nacré lui-même serti par un second liseré rouge, constitué par le tassement de fins vaisseaux sanguins. Il s'agit là, très vraisemblablement, d'un épithélioma développé sur un lupus érythémateux (ce qu'a d'ailleurs confirmé l'examen histologique).

Observation n° 3

(Mlle Ullmo, *Bulletin de la Société Française de dermatologie*, 1932, p. 1512) :

M. SCHM..., Emile, ajusteur, 36 ans, nous est adressé au début du mois de septembre pour tirer au clair l'histoire de sa maladie. Rien à noter dans ses antécédents héréditaires. Il a trois frères et une sœur en bonne santé. Sa femme est bien portante, il n'a pas d'enfants, mais sa femme a fait une fausse couche de six mois. Il nous dit ne jamais avoir été malade antérieurement, sauf les oreilles gelées pendant la guerre.

Maladie actuelle : depuis 1919, il présente sur les deux joues et sur la lèvre inférieure une affection pour laquelle il n'a jamais consulté, s'étant traité lui-même, de loin en loin, par des dépuratifs et des pommades. Cette affection est rouge par moment, très squameuse, présentant des hauts et des bas, c'est-à-dire qu'en hiver, les lésions sont rouges, gonflées et couvertes de squames, et qu'en été, elles s'affaissent sensiblement sans toutefois jamais disparaître entièrement. On reconnaît au premier coup d'œil un lupus érythémateux à forme fixe des plus caractéristiques. En 1928, le malade a présenté sur la lèvre inférieure, dans la moitié gauche, « un bouton » qu'il a laissé évoluer pendant trois ou quatre mois avant d'aller consulter. Puis il a vu le Dr Walter qui, ayant fait le diagnostic d'épithélioma, le lui a enlevé par diathermo-coagulation. La lésion a été guérie en quinze jours et s'est maintenue depuis soit durant un laps de temps de quatre ans.

Il y a quatre mois, un nouveau « bouton » a fait son apparition, dans la moitié droite, cette fois. Au début, il était petit comme une lentille, puis a grossi. Il s'est formé une croûte que le malade arrachait chaque fois, la plaie à vif saignotait, puis la croûte se reformait. C'est à ce stade que notre ami Walter nous l'envoie.

Etat actuel : Le malade présente actuellement un lupus érythémateux fixe peu infiltré, distribué en petits placards isolés, ceux-ci siègent principalement sur le haut des deux joues, sous les yeux et en avant et en arrière des oreilles. Le centre des lésions est de couleur presque normale, non infiltré, alors que le tour, au contraire, est nettement plus dur et présente une assez épaisse

couche de squames. Les oreilles sont légèrement boursoufflées et violacées. La lèvre inférieure est toute parsemée de petites taches blanches enduites de ce que le malade appelle des « peaux » et qu'il présente depuis le début de son affection. Il avait l'habitude d'arracher ces peaux régulièrement lorsqu'elles se boursoufflaient et faisaient mine de se détacher facilement. Là encore, il s'agit d'un lupus érythémateux de la muqueuse de la lèvre inférieure, mais n'empiétant nullement sur la face gingivale de la muqueuse. La muqueuse de la lèvre supérieure est complètement indemne. Sur la lèvre inférieure, à gauche, on retrouve une petite cicatrice blanche de l'intervention précédente. La moitié droite de la lèvre est occupée par une tuméfaction grosse comme une cerise, très infiltrée, saillant nettement sur le niveau de la lèvre et qui éverse celle-ci très légèrement. La surface de cette tumeur est ulcérée par place, saignotante et à vif. Par place, elle est le siège d'une croûte épaisse adhérente, brune, rougeâtre. En surface, toute la lésion occupe l'emplacement d'une pièce de deux francs. Sous le maxillaire inférieur, on sent un ganglion gros comme une noisette, non adhérent, roulant sous le doigt. Une biopsie faite au Centre anticancéreux présente l'aspect typique d'un épithélioma spino-cellulaire avec la particularité de s'accompagner de nombreuses masses parakératosiques. Les mitoses y sont nombreuses et la stroma-réaction est inflammatoire.

Observation n° 4

(A. Tischnenko, *Contribution à l'étude de la pathogénie du carcinome d'origine érythémato-lupique*) :

A. O..., 21 ans, Ukrainien, étudiant de l'Institut chimique de Jnierinka. Entré à la clinique le 16 juillet 1931. Père souffre d'un R. A. et de névrite. La mère est morte à 43 ans d'une maladie des poumons. Un frère unique, âgé de 16 ans, se porte bien. Le malade a eu dans l'enfance la scarlatine, puis, il y a un an, une névrite. Il y a quatre ans, à la suite d'une morsure de cheval, une lésion rebelle à la cicatrisation est apparue sur la lèvre gauche. L'affection a été traitée par des pansements humides et des onguents.

Le malade est un homme de haute taille, pâle, aux chairs faiblement nourries, à l'ossature et à la musculature bien développées, la peau non atteinte avec ses annexes, les muqueuses visibles, les viscères et le système nerveux ne présentent pas de particularités, selles normales. Sous les angles maxillaires s'observent 2, 3 glandes lymphatiques augmentées de volume, jusqu'aux dimensions d'une noisette chacune. Poids du corps : 65 kg 800. Le malade fume jusqu'à 25 cigarettes par jour. Quant aux boissons spiritueuses, il n'en consomme pas. Sur toute l'étendue de la partie rouge de la lèvre inférieure, à l'exception des deux territoires attenant aux commissures buccales, mesurant 1 centimètre chacun, la peau est épaissie, de couleur rouge sombre. La délimitation de la partie altérée avec la peau non atteinte et les muqueuses est nettement accusée. La partie gauche du territoire atteint présente une érosion de forme irrégulièrement ronde, ayant la dimension de l'ongle de l'index. L'examen histologique confirme le diagnostic d'épithélioma spino-cellulaire.

En résumé, le malade en question a été atteint à la suite d'un traumatisme d'un lupus érythémateux de la lèvre inférieure. A une époque impossible à préciser on a vu apparaître sur les foyers de l'infection un épithélium, complication que la localisation donnée rend particulièrement rare. La thérapeutique antérieure n'avait consisté qu'en application de pansements et d'onguents, et la complication semble être apparue exclusivement comme suite de l'affection fondamentale : le lupus érythémateux.

D'après le travail de Tischnenko, il nous a été permis de relever les cas suivants :

Observation n° 5

(Fush, *Dermat.* Wochenschr, 1929, T. LXXXVIII, p. 213) :

Cite le cas d'un homme de 58 ans, affecté depuis trente ans d'un lupus érythémateux. En 1930, un épithélioma spino-cellulaire apparut sur la moitié gauche de la lèvre inférieure et, en 1931, sur la moitié droite de la même lèvre, en même temps qu'un léger gonflement des glandes sous-maxillaires gauches. Il n'y avait pas eu d'applications photothératiques.

Observation n° 6

(Rielh junior. *Dermat.* Wochenschr, 1931, T. XC, p. 458) :

A observé le développement d'un épithélioma spino-cellulaire sur la lèvre inférieure, dans la région d'un foyer de lupus érythémateux, chez un sujet de 57 ans, non traité (glandes sans changements).

Observation n° 7

Voir figures 1, 2, 3, 4.

(Due à l'obligeance du Dr Le Coulant, *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 7e série, T. 8, n° 9 septembre 1937).

M. B..., 34 ans, est examiné le 17 janvier 1936; il présente un psoriasis du tronc et des membres datant de quatorze ans et des lésions de la bouche évoluant depuis la même époque sans tendance à la guérison.

Voici l'histoire qu'il raconte : Il n'avait jamais été malade jusqu'à son service militaire. Dès son retour il présente un épanchement synovial du genou droit et une adénite du cou. En mai 1923, indépendamment d'une éruption de furoncles et d'une poussée de psoriasis sur tout le corps, apparaît sur la langue une petite ulcération qui, à dater de ce jour et malgré tous les traitements effectués, n'a jamais guéri.

Pendant un an il fut en traitement pour ces différentes lésions à la Clinique du professeur Dubreuilh et dans le Service d'Oto-rhino-laryngologie du professeur Moure. Son psoriasis s'améliore au point de disparaître, mais les lésions buccales continuèrent à évoluer. D'après les renseignements pris dans les archives de la Clinique Dermatologique, elles étaient à peu de chose près celles de l'état actuel. Aucun diagnostic n'a été porté; successivement ont été éliminés : la syphilis (traitement d'épreuve), l'infection fuso-spirillaire, le pemphigus. Les différents traitements préconisés furent inefficaces. Il n'a pas été fait de biopsie.

De 1926 à 1935, pendant neuf ans, se succèdent : un abcès froid du poignet droit avec adénopathie de l'aisselle droite, une arthrite tuberculeuse de l'index terminée par l'amputation du doigt, une lésion testiculaire tuberculeuse prise pour une lésion spécifique et

traitée comme telle, une arthrite du genou gauche avec gros œdème de la jambe traitée légèrement par du sulfarsénol.

C'est en janvier 1935 qu'apparaissent des gerçures rebelles sur la lèvre inférieure; elles s'accompagnent de desquamation du bord incarnat avec état blanchâtre de la semi-muqueuse sur fond violacé. Ces lésions persistent et s'aggravent jusqu'en janvier 1936.

B... nie tout antécédent vénérien; sa femme lui a donné deux enfants en excellente santé, elle n'a pas fait de fausses couches. La réaction de Bordet-Wassermann pratiquée dans le sang à différentes reprises a toujours été négative.

C'est un beau gaillard, de taille au-dessus de la moyenne, fortement musclé, robuste et paraissant en excellente santé ? Le psoriasis qu'il présente le laisse quelque peu indifférent; il montre au contraire une vive inquiétude pour ses lésions labiales et buccales.

La langue, d'aspect cicatriciel, n'est ni infiltrée, ni sclérosée; elle est souple, facilement mobilisable en dehors de la bouche. Elle ne gêne en rien la parole, mais le malade accuse une brûlure quand il absorbe des mets épicés ou acides.

La partie médiane est occupée par une ulcération quadrangulaire à surface plane de 2 centimètres et demi de long sur 2 centimètres de large, recouverte d'un enduit putrilagineux blanc grisâtre; elle saigne facilement au moindre contact. Quatre sillons partent des angles de cette ulcération et se prolongent vers les bords de la langue sous forme de plicatures peu profondes. Le reste de la muqueuse linguale est lisse, cicatriciel, en partie atrophique; la plupart des papilles a disparu; sa surface légèrement violacée est tapissée de stries linéaires d'un blanc opalin un peu semblable à celles du lichen plan.

La région sublinguale ne présente aucune modification.

La face interne des joues présente sensiblement les mêmes lésions que la face dorsale de la langue. C'est un semis de petites lésions saillantes, circinées, blanches porcelaniques sur fond violacé ; d'autres d'aspect linéaire, en saillie, délimitent des aires rouge lie de vin, parfois érodées et alors rouge vif, brillantes, non suintantes; quelques plaques nettement cicatricielles complètent le tableau. Suivant que le malade a irrité sa muqueuse par l'absorption d'ali-

ments épicés ou alcoolisés, les lésions s'accentuent; avec une alimentation moins irritante elles s'atténuent. Ces taches nacrées s'étendent jusqu'aux commissures qu'elles tapissent sur toute la face muqueuse. Les érosions des joues ne persistent pas indéfiniment, elles guérissent souvent d'elles-mêmes, surtout quand le malade surveille son alimentation; elles laissent alors une muqueuse cicatricicielle atrophique. Elles ne sont ni infiltrées, ni indurées.

La lèvre supérieure est indemne.

La lèvre inférieure dans son ensemble est violacée, fendillée, sèche, d'apparence collodionnée, saigne facilement dès que le malade parle. La muqueuse se détache parfois par petits lambeaux blanchâtres. Le matin elle est fuligineuse, présente souvent de petites croûtelles noirâtres, très adhérentes. Elle est peu sensible à la pression et un peu œdématiée.

On ne trouve aucun vestige de lupus érythémateux sur le masque; par contre les oreilles sont grignotées; des cicatrices blanches ou bleutées sont rapportées par le malade à des engelures tenaces et récidivantes apparues autrefois en hiver et actuellement guéries.

Sur le cuir chevelu, on n'a trouvé que quelques plaques de psoriasis classique en bordure du front et sur le vertex.

Sur la région sus-manubriale droite, des cicatrices blanches fines, témoignent de l'existence antérieure d'abcès froids ganglionnaires.

Sur le tronc, les membres, le psoriasis est discret, à peine prurigineux. Au poignet droit on note une autre cicatrice d'arthrite bacillaire, dont l'histoire a été rapportée plus haut. L'index droit a été amputé pour une lésion du même ordre.

Le malade ne tousse pas, ne crache pas; l'auscultation minutieuse n'a montré aucune lésion pulmonaire ou pleurale importante, ce que confirme d'ailleurs l'examen pulmonaire complet réglementaire subi par B..., il y a quelques jours en vue de son admission à l'administration des P.T.T. dont il fait actuellement partie.

Le cœur bat régulièrement à 80 pulsations à la minute; la tension au Pachon est de : 16 max.; 7 min.; 3 ind. L'appétit est bon. L'alimentation est à peine gênée par l'existence des lésions buccales et labiales.

La réaction de Bordet-Wassermann a été constamment négative dans le sang.

Examen histologique d'un fragment prélevé au niveau de l'ulcération linguale (docteur Mougneau).

« Le fragment prélevé n'intéresse pas l'épithélium; on se trouve en présence d'un tissu de granulations formé par un magna fibrineux englobant des polynucléaires pycnotiques. Au-dessous, un vaste infiltrat en nappe, de cellules lymphoïdes (lymphocytes et plasmocytes) sur un tissu conjonctif lâche, formé de fibres entrecroisées.

Des vaisseaux capillaires montrent une tuméfaction de l'endothélium, leur lumière est bourrée de polynucléaires qui franchissent la paroi par diapédèse et se répandent dans le tissu environnant. Çà et là, quelques ébauches de cellules géantes. Pas de follicules tuberculeux typiques. »

Le psoriasis est traité par des badigeonnages à la solution benzolée de cignoline à 1/200. *Per os*, on prescrit un gramme de liqueur de Pearson par jour. Il guérira assez rapidement pour ne plus reparaître pendant un an. On conseille à B..., de faire sur la langue des badigeonnages avec une solution ichtyolée et sur la lèvre des applications de pommade ichtyolée à 1/30.

Les différentes méthodes thérapeutiques employées dans la suite: méthodes de Nicolas et Pilon, badigeonnages à l'acide lactique, diatonine et diatergol, diathermocoagulation, le tout accompagné de la thérapeutique générale habituelle aux terrains bacillaires, ne modifièrent nullement les lésions linguales.

En mai 1936 on décide, sur les conseils du professeur G. Petges, de faire des injections de muthanol; thérapeutique fréquemment employée avec succès, dans le lupus érythémateux, à la Clinique Dermatologique, en l'absence de tout signe évident de syphilis (1). Il reçoit quinze ampoules de ce médicament à raison de deux par semaine. La langue s'améliore rapidement, l'ulcération médiane disparaît. La lèvre inférieure par contre est le siège d'un œdème

---

(1) G. Petges. Traitement du lupus érythémateux. *V^e^ Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de Langue française*, Lyon, 1934, p. 13 du Compte rendu.

douloureux, d'érosions tenaces recouvertes de croûtes noirâtres. Une transformation épithéliomateuse est à craindre et on pratique une biopsie qui donne le résultat suivant (docteur Mougneau) :

« Hyperplasie très marquée de l'épithélium de revêtement qui forme des bourgeons étroits et profonds parfois ramifiés. La basale festonnée paraît intacte et les cellules ont conservé leurs caractères morphologiques normaux. Le chorion sous-épidermique est le siège d'un infiltrat très serré de cellules lymphoïdes. Il n'y a pas de follicules du type tuberculeux, pas de cellules épithélioïdes, pas de cellules géantes. L'examen histologique de la pièce permet de penser qu'il s'agit d'un état inflammatoire chronique indéterminé ayant entraîné une hyperplasie de l'épithélium plutôt qu'un état néoplasique. »

Le 10 août la langue ne présente plus qu'une érosion de quelques millimètres de diamètre en bordure de l'ulcération centrale. Il semble que la cicatrisation se poursuive malgré la cessation des injections de muthanol. La lèvre inférieure est toujours sèche, fendillée, recouverte de fuliginosités ou d'une muqueuse blanche épaissie, qui se fendille. Après un intervalle de repos d'un mois et demi, on fait une deuxième série de 15 injections qui se terminera le 2 octobre 1936.

Le malade est revenu le 4 novembre 1936. La langue est presque complètement cicatrisée. On ne trouve plus à sa surface que deux petites plaies comme une tête d'épingle en bordure de la cicatrice de la plaie médiane. Par contre la lèvre est très tuméfiée et éversée sur presque toute sa longueur. Au voisinage de la commissure droite une lésion nouvellement apparue de la dimension d'un haricot, est végétante, verruqueuse. La lésion médiane est beaucoup plus étendue, étalée, indurée et semble progressivement infiltrer toute la partie médiane de la lèvre. Par les anfractuosités de la croûte centrale s'échappe à la pression un peu de pus nauséabond. Le moindre attouchement est douloureux. Sur la surface muqueuse deux ou trois petites saillies blanchâtres sont ouvertes au galvanocautère et il s'échappe quelques gouttes d'un pus jaune verdâtre épais.

On prescrit des pansements humides à l'eau boro-oxygénée au 1/5, puis quinze jours plus tard avec une solution de résorcine et d'ichtyol.

Du 7 novembre au 28 novembre 1936 le malade reçoit 7 injections de myoral à doses progressives; mais cette médication doit être suspendue par suite de l'apparition d'un érythème diffus prurigineux. L'infiltration de la lésion labiale est plus importante, elle occupe toute la partie médiane de la lèvre inférieure qui est saillante en ectropion, et gagne certainement un bon centimètre et demi en profondeur. La bordure de la lésion est ourlée. L'ensemble est ferme et douloureux à la palpation. Le diagnostic d'épithélioma est évident; il est d'ailleurs confirmé par une biopsie. Il s'agit d'un épithélioma spino-cellulaire qui infiltre profondément la lèvre.

B... est confié au service de curiethérapie du professeur Réchou où il est soumis aux radiations d'un appareil moulé.

Evolution de l'épithélioma. — Un traitement curiethérapique (60 m/m de radium, 16 mcd) détruit les lésions. Pendant dix ans, le malade reste guéri de sa néoplasie. Il est suivi régulièrement tous les quinze jours environ pour les autres lésions buccales et cutanées qu'il présentait alors : adénopathie tuberculeuse axillaire, traitée et guérie par la radiothérapie, vaste ulcération tuberculeuse de la jambe gauche, également guérie après un traitement de plusieurs mois (calcium intra-veineux, antigène méthylique).

En août 1946, à l'occasion d'une extraction dentaire de molaire inférieure droite, se produit une fracture de la branche horizontale droite mandibulaire. La radiographie montre de très importantes lésions en géodes intra-osseuses. Un épithélioma spino-cellulaire s'extériorise. Une radiothérapie intense (4.500 r.) n'améliore pas l'évolution de ces lésions qui se fait sur le plan local vers l'envahissement de la joue droite avec ouverture à la peau et sur le plan général vers la cachexie.

Le malade ayant été surveillé étroitement, à aucun moment il n'a été permis de déceler des lésions néoplasiques de la muqueuse buccale. Ces dernières n'ont apparu que secondairement à la fracture sur le foyer ouvert de cette fracture spontanée. Il s'agit donc bien d'une métastase osseuse apparue dix ans après guérison clinique de la lésion labiale, et extériorisée brutalement par une avulsion dentaire.

Fig. 1 (*Observation n° 7*)
Lésions lupiques avant la dégénérescence.

Fig. 2 (*Observation n° 7*)
Lésions lupiques après la dégénérescence.

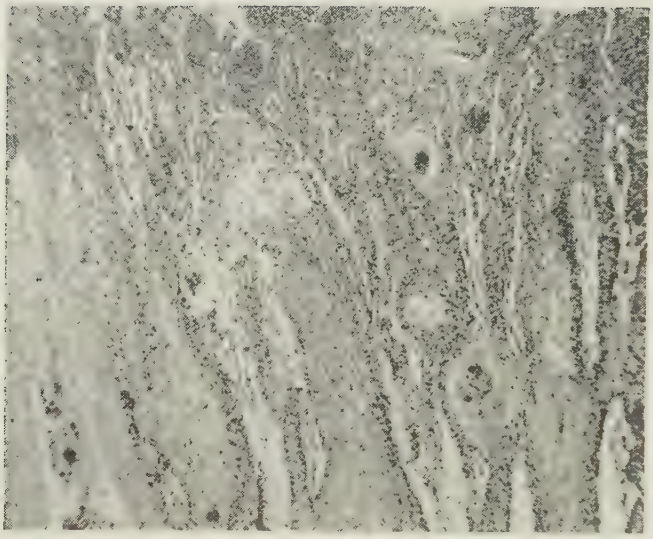

Fig. 3 (*Observation n° 7*)

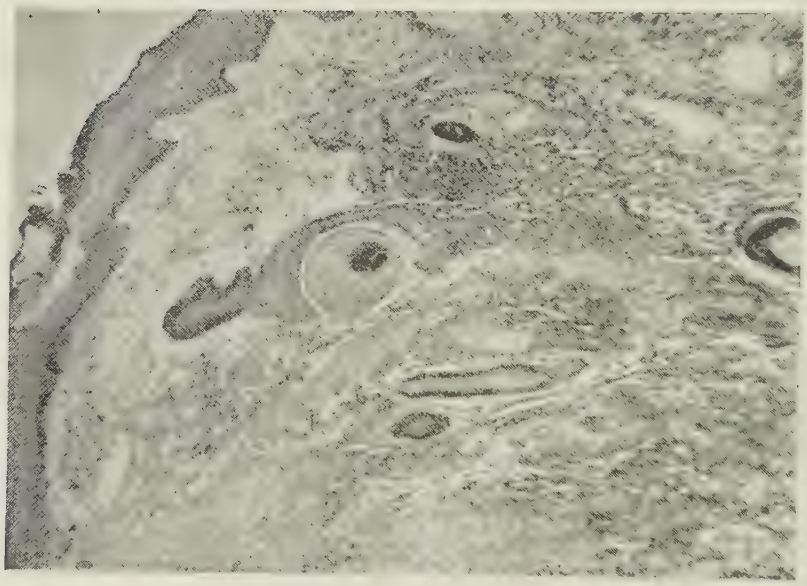

Fig. 4 (*Observation n° 7*)

Fig. 5 (*Observation n° 8*)

Observation n° 8

Voir figure 5.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Joulia) :

M. Ge... B., 49 ans, employé à la S.N.C.F., entre dans le service de M. le professeur Joulia le 9 août 1946. Le malade est envoyé par le dispensaire de la S.N.C.F. pour lupus érythémateux dont le début est assez lointain (une vingtaine d'années). Les placards érythémateux ont débuté sur la joue gauche et se sont étendus progressivement sur la joue droite et le nez. Il y a six à sept mois, est apparue une croûte sur la lèvre inférieure. Il y a trois mois, une ulcération. Aucun traitement interne ou radiothermique n'avait été institué, le malade se soignant avec des pommades variées. Dans ses antécédents personnels, une note une blennorragie en 1933. Sa femme a fait une fausse couche. L'examen pratiqué à son entrée dans le service permet de relever les faits suivants : les lésions intéressent principalement le visage et le cou. Elles sont constituées par :

Deux grands placards au niveau des joues de 15 cm. de haut sur 7 cm. de large environ,

Un placard de dimensions moyennes intéressant le dos du nez de sa racine à son extrémité,

Un placard de 4 cm. de long étendu transversalement sur le côté gauche de la lèvre supérieure;

Un placard mentonnier et des lésions disséminées à la partie antérieure du cou;

Oreille gauche : pavillon indemne, légèrement atrésié;

Oreille droite : lésion discrète;

Cuir chevelu : quelques lésions numulaires à gauche.

Tous ces placards sont bien limités, à contours irréguliers, de couleur rouge violacé, parsemés d'hyperkératoses et de zones d'atrophie cicatricielle. On ne note pas de sensibilité au grattage.

La lèvre inférieure présente une ulcération dans la partie médiane ayant les dimensions d'une pièce de 1 franc assez arrondie, irrégulière, très infiltrée. Le fond de cette ulcération suppure légèrement. A gauche de cette ulcération, verrucosité saillante de la dimension d'une pièce de 50 centimes. En dedans, sur le versant

muqueux de la lèvre inférieure, il existe sur une largeur de quelques millimètres une bordure blanchâtre leucokératosique papillomateuse, un peu dure. Cette coloration blanchâtre longe la crête de la lèvre inférieure, jusqu'à la commissure droite; présence de ganglions sous-angulo-maxillaires droits.

L'ensemble évoquait un épithélioma développé sur une lésion érythémato-lupique. Plusieurs examens de laboratoire furent ordonnés (Vernes, résorcine), temps de sédimentation, qui ne révélèrent rien d'anormal.

Une biopsie fut décidée, qui donna les résultats suivants : il s'agit d'un épithélioma spino-cellulaire constitué par des travées assez fines, par des cellules centrales tendant à la kératinisation. Le stroma lâche est le siège d'un infiltrat, surtout plasmocytaire.

Le malade fut traité par les sels de bismuth (muthanol); il s'ensuivit une régression des lésions cutanées. L'épithélioma fut traité à l'Institut Bergonié où le malade est encore soumis à un traitement radiumthérapique qui influence favorablement l'évolution de la lésion.

DISCUSSION DES OBSERVATIONS

ASPECT CLINIQUE

Toutes les observations que nous venons de présenter nous offrent, au point de vue clinique, une très grande similitude.

Il s'agit de malades présentant à la fois des lésions cutanées et muqueuses de lupus érythémateux, ce qui en facilite le diagnostic. Sans causes appréciables (thérapeutiques, en particulier) ces lésions muqueuses évoluent vers la transformation néo-plasique de la façon suivante :

Rien n'attire l'attention du malade, si ce n'est l'apparition d'un « bouton » qui ne rappelle en rien les lésions antérieures et qui motive sa nouvelle consultation. La lèvre se tuméfie, s'infiltre, devient rouge vif. La muqueuse atteinte devient en général sensible. La lésion saigne. Une adénopathie fait son apparition. L'aspect clinique est alors évident, la transformation néoplasique a eu lieu. Cette possibilité de dégénérescence assombrit pour autant le pronostic de lupus érythémateux de la lèvre.

ASPECT ANATOMO-PATHOLOGIQUE

Dans toutes les observations, il s'agit d'épithélioma spino-cellulaire classique, avec, comme caractères particuliers, une infiltration cellulaire à type de cellules plasmatiques, parfois très importantes. Ajoutez à cela la vascularisation très riche des lèvres qui sont autant de raisons pour considérer ces dégénérescences néoplasiques comme très graves.

DEDUCTIONS ETIOLOGIQUES ET PATHOGENIQUES

La transformation néoplasique du lupus érythémateux, si nous prenons à témoin les observations qu'il nous a été permis de collecter, survient en général chez des sujets adultes (25 à 60 ans), de sexe masculin; un laps de temps assez long (4 à 8 ans) sépare le début de l'affection de la transformation épithéliomateuse. Il semble que nous ne puissions préciser si la néoplasie se développe sur des lésions de lupus érythémateux en activité ou plutôt sur les micro-cicatrices qui correspondent à la guérison spontanée du lupus érythémateux.

Dans aucun cas, nous le répétons, il n'a été fait d'interventions thérapeutiques irritatives ou intempestives. Il serait logique de considérer cette transformation comme analogue à celle qui se développe sur une leucoplasie labiale, c'est-à-dire sur une muqueuse irritée et transformée évoluant vers une kératinisation anormale. De là il n'y a qu'un pas à faire vers l'épithélioma.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'épithélioma de la lèvre s'impose. La lésion lupique retrouvée dans l'anamnèse, la coexistence d'autres lésions cutanées ou muqueuses, la présence d'adénopathie guideront le diagnostic. La biopsie le confirmera.

TRAITEMENTS

Traitement prophylactique. — Pour éviter cette complication majeure et grave, il y aurait un traitement prophylactique à envisager. Traiter et guérir le lupus érythémateux de la lèvre demeurera impossible tant que nous ne connaîtrons pas l'étiologie de cette affection. La plupart des auteurs en font une tuberculide, mais certains autres soulèvent des étiologies différentes. Quoi qu'il en soit, des

travaux importants (Rapports de Petges, Lyon 1934) considèrent la thérapeutique par les sels de bismuth comme une des plus actives. Dans la plupart des cas, sans aucun doute, ce traitement améliore et même guérit le lupus érythémateux. Mais, il s'avère que le lupus érythémateux des lèvres et des muqueuses en général est plus difficile à atteindre que le lupus érythémateux cutané et que, dans beaucoup de cas, malgré un traitement intensif et continu, les lésions persistent. Il est donc difficile de compter sur cette thérapeutique prophylactique.

Traitements locaux. — N'agissent qu'en provoquant des cicatrices et ne sont plus guère employés. Ces cicatrices, d'ailleurs, sont habituellement des points de départ des dégénérescences néoplasiques.

Traitements curatifs. — Contre la complication épithéliomateuse au niveau de la lèvre inférieure, puisque c'est la localisation que nous étudions ici, on peut envisager :

Le traitement chirurgical:

soit l'ablation cunéiforme de la lésion avec un curage ganglionnaire,

soit le traitement par l'électro-coagulation, consistant en une destruction large et profonde de la néoplasie avec ou sans curage ganglionnaire. C'est le traitement qui semble donner les meilleurs résultats.

La radiothérapie a été employée dans deux de nos observations : 7e et 8e. Dans le premier cas, la guérison s'est maintenue pendant près de 10 ans, guérison obtenue d'ailleurs après utilisation de fortes doses de radium, qui a provoqué une destruction sensible de la lèvre, accompagnée d'ostéo-nécrose du rebord alvéolaire adjacent. Malheureusement, nous avons assisté, en 1946, à l'évolution d'une lésion profonde mandibulaire, extériorisée par

l'ablation d'une molaire. Malgré le traitement radiothérapique et radiumthérapique, le malade a été enlevé rapidement.

Il n'est pas douteux que l'évolution de l'épithélomia spino-cellulaire soit particulièrement grave. Dans l'ensemble, cette complication du lupus érythémateux, toujours à redouter, est d'un pronostic grave.

CHAPITRE III

CONCLUSION

Il nous a été donné d'observer deux malades lupiques érythémateux dont les lésions labiales ont évolué vers la complication la plus grave, l'épithélioma spino-cellulaire. Ces faits nous ont incité à rechercher des cas semblables dans la littérature pour mieux en connaître l'étude clinique, anatomo-pathologique, étiologique, thérapeutique.

— Du point de vue clinique, l'épithélioma se greffe sur des lésions lupiques en évolution ou cicatricielles. Il a les caractères typiques de l'épithélioma spino-cellulaire, c'est-à-dire de l'épithélioma sur cicatrice.

— Du point de vue anatomo-pathologique, rien ne distingue cet épithélioma de la variété spino-cellulaire classique.

— Du point de vue étiologique et pathogénique, nous ne savons rien sur la transformation de la muqueuse labiale. L'épithélioma évolue-t-il sur le lupus érythémateux ou sur la cicatrice provoquée par ce dernier ? Il est vraisemblable que le lupus érythémateux fait le lit au néoplasme, comme la leucoplasie des muqueuses le fait habituellement et plus couramment.

— Du point de vue traitement, il semble qu'il faille enlever précocement ces lésions dès leur apparition par diathermo-coagulation ou radiumthérapie. On y ajoutera l'exérèse soigneuse des ganglions atteints.

Le lupus érythémateux localisé à la lèvre demeure donc une affection grave, capable de dégénérer et d'assombrir pour autant le pronostic de cette affection.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les intruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

Bordeaux, le 21 juillet 1947.

VU :

Le Doyen,

DUPÉRIÉ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,

Le Recteur,

A. MARCHAUD.

BIBLIOGRAPHIE

DUHRING. — *Philadelphia medical Times*, 2 juin 1875.

BROCQ. — Traité des maladies de la peau (1880).

GAUCHER. — Traité des maladies de la peau (1813).

DUBREUILH. — Lupus érythémateux de la muqueuse buccale. (*Annales de Dermatologie*, 1901, p. 231).

DUBREUILH. — Précis de dermatologie.

PAUTRIER et FAGE. — Contributions à l'étude de l'anathomo-pathologie du Lupus érythémateux des muqueuses (*Annales de Dermatologie*, 1909, p. 673).

CAPELLE. — Contribution à l'étude du Lupus érythémateux des muqueuses. (*Thèse de Paris*, 1901).

M. DE BEURMANN et Guy LAROCHE. — *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie* 1901, p. 225.

A. TISCHNENKO. — Contribution à l'étude de la pathogénie du Carcinome d'origine érythémato-lupique (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1932, p. 708).

Mlle Allice ULLMO. — *Epithélioma spino-cellulaire récidivant de* la lèvre inférieure sur lupus érythémateux. (*Bulletin de la Société de Dermatologie* ,1932, p. 1512).

Graham LITTLE. — *Bulletin de la Royal Society of Medicine, Section of Dermatology* (octobre 1932, p. 87).

PETGES. — *Traitement du Lupus érythémateux* (V[e] Congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française, Lyon, 19-21 juillet 1934).

LE COULANT. — Lupus érythémateux de la langue, de la face muqueuse, des joues, de la lèvre inférieure. Epithélioma précoce consécutif. Coexistence de psoriasis. (*Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, septembre 1937).